ITEM 226 : ULCERE DE JAMBE

Ulcère de jambe = plaie de la jambe ne cicatrisant pas sur une durée ≥ **1 mois** : fréquent (↗ avec l'âge), invalidant
- Généralement **d'origine vasculaire** : complication d'une maladie vasculaire sous-jacente conditionnant le pronostic et le traitement
- Fréquent, invalidant, responsable de nombreuses hospitalisations
- Prévalence augmente avec l'âge : 1% de 60 à 70 ans, 2-5% > 80 ans, prédominance féminine pour l'ulcère veineux (1/1,6)

<table>
<tr><td rowspan="7">Diagnostic</td><td>Ulcère</td><td colspan="3">- Nombre d'ulcères, taille, siège (péri-malléolaire interne/externe…), uni- ou bilatéral
- Fond : propre ou surinfecté, purulent, bourgeonnant, en voie de cicatrisation ou recouvert d'un enduit jaunâtre adhérent (fibrine), voire d'une zone nécrotique noirâtre
- Bords : souples au même niveau que l'ulcère (de bon pronostic) ou durs et faisant saillie au-dessus (retard de cicatrisation)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Peau péri-ulcéreuse</td><td colspan="3">= Rarement normale : reflet des complications cutanées de la maladie vasculaire</td></tr>
<tr><td>Artério-pathie</td><td colspan="2">- Peau luisante, dépilée, froide
- Allongement du temps de recoloration pulpaire
- Pâleur à la surélévation du pied
- Erythrocyanose de déclivité</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Insuffisance veineuse</td><td>Lésions dermo-épidermiques</td><td>- Plaques érythémato-squameuses (= eczéma variqueux), prurigineuses, débutant dans la région malléolaire interne et pouvant s'étendre au reste de la jambe</td></tr>
<tr><td>Lésions de capillarite</td><td>- Dermite ocre : larges macules malléolaires internes ou des faces antérieures des tibias, rouge violacé puis rapidement brun (dépôts d'hémosidérine)
- Atrophie blanche : plaque de petite taille, irrégulière, atrophique, de couleur ivoire, parfois parcourues de fines télangiectasies, souvent douloureuse → risque ulcéreux important
- Capillarite hypertrophique : aspect de chevelus capillaires malléolaires ou du dos du pied</td></tr>
<tr><td>Lésions d'hypodermite</td><td>- Hypodermite aiguë ou subaiguë : grosse jambe rouge et douloureuse, d'apparition progressive, non fébrile
- Lipodermatosclérose (hypodermite scléreuse) = suite à des épisodes d'hypodermites aiguës ou d'emblée, insidieuse : mollet dur, peau scléreuse, souvent pigmentée, impossible à pincer (= guêtre rétractile)</td></tr>
<tr><td>Examen vasculaire</td><td colspan="3">- Atcds de varices, thromboses veineuses profondes ou superficielles, EP, trauma/chirurgie du MI, FdRCV
- Atcds obstétricaux, autres atcds médico-chirurgicaux
- Signes d'insuffisance veineuse essentielle ou post-thrombotique : sensation de lourdeur de jambe, phlébalgies, œdème vespéral, plus rarement crampe au repos
- Signes d'artériopathie : claudication intermittente, douleurs de décubitus
- Examen artériel : palpation des pouls, auscultation des artères des membres et du cou, IPS
- Examen veineux : recherche de varices en position orthostatique, de télangiectasies, de veines réticulaires, d'une couronne phlébectasique de la cheville et du pied
- Recherche de cicatrices d'anciens ulcères
- Recherche de signes de dénutrition
- Echo-Doppler veineuse et/ou artérielle systématique : examen paraclinique central</td></tr>
<tr><td>Evaluation du handicap</td><td colspan="3">= Diminue les chances de succès thérapeutique et de récupération fonctionnelle en cas d'handicap : ankylose de cheville (2ndr à un ulcère), coxarthrose, gonarthrose, déformation orthopédique des pieds…</td></tr>
<tr><td>Cause vasculaire</td><td>Ulcère veineux</td><td colspan="3">= Hypertension veineuse secondaire à :
- Reflux dans les veines superficielles, perforantes (incompétence valvulaire superficielle et varices dans la maladie veineuse essentielle)
- Reflux dans les veines profondes et/ou obstruction des veines profondes : post-thrombotique
- Déficience de la pompe musculaire du mollet
→ Souffrance microcirculatoire et tissulaire → Troubles trophiques
→ Un traumatisme minime peut alors être à l'origine de l'ulcère
<u>Physiopathologie de la microangiopathie veineuse</u> <u>mal élucidée</u> :
- Capillaires cutanés dilatés et raréfiés, détruits suite à une adhérence et activation des leucocytes dans la microcirculation → Production de radicaux libres et d'enzymes toxiques
- Piégeage des facteurs de croissance réduisant les capacités de cicatrisation de la peau
- Dilatation capillaire + fuite capillaire + œdème → Microangiopathie lymphatique par surcharge
<u>Echo-Doppler Veineux</u> : confirme le diagnostic d'ulcère veineux + précise le mécanisme (reflux/obstruction) + localise + oriente le traitement :
- Syndrome de reflux superficiel : niveaux de fuite et topographie des perforantes
- Syndrome de reflux profond : quasi synonyme de syndrome post-thrombotique
- Syndrome obstructif profond : processus thrombotique ancien mal reperméabilisé, ou thrombose récente</td></tr>
</table>

Cause vasculaire

Ulcère artériel	= Ischémie critique par défaut de perfusion artérielle → **hypoxie tissulaire ischémique** **Echo-Doppler artériel :** - Confirme l'AOMI montre le niveau, le type des lésions, le retentissement d'aval - Mesure de **l'IPS (N = 1 à 1,3) = pression tibial antérieure ou postérieure / pression humérale** - Recherche un anévrysme de l'aorte abdominale, source d'emboles vasculaires **Angiographie :** - Indispensable à la décision opératoire - Précise le siège, sa longueur et dépiste les plaques athéromateuses susceptibles d'emboliser **PO_2 transcutanée :** - Reflet de l'oxygénation de la peau - Mesure prise en compte dans la décision et le niveau d'une éventuelle amputation - La pression de cheville est souvent faussement normale ou élevée (diabète, IRC, grand âge) : intérêt de la pression d'orteil → Si ischémie critique (PAS < 50 mmHg à la cheville ou < 30 mmHg au gros orteil) hospitalisation en milieu spécialisé
Ulcère mixte à prédominance veineuse	= De mécanisme essentiellement veineux, associé à une composante artérielle (AOMI) n'expliquant pas à elle seul l'ulcère (IPS entre 0,7 et 0,9) : fréquent **- IPS systématique devant un ulcère veineux : IPS = 0,9-1,3 : ulcère veineux pur** **IPS = 0,7-0,9 : ulcère mixe à prédominance veineuse** **IPS > 1,3 : artères calcifiées incompressibles (diabète)** - Echo-Doppler veineux complété par artériel si : Abolition des pouls, signes d'AOMI Et/ou IPS < 0,9 ou > 1,3
Angiodermite nécrotique	= Ancien **ulcère de Martorell** - Entité anatomoclinique : infarctus cutané secondaire à une **occlusion artériolaire** (artériolosclérose des vaisseaux du derme) - Généralement chez la **femme** > 60 ans, sur un terrain d'**HTA et diabète** - Début brutal avec plaque purpurique ou livédoïde extensive, évolution rapide vers une nécrose noirâtre puis une ou plusieurs ulcération(s) superficielle(s), bords irréguliers (en « carte de géographie »), suspendue face antéro-externe de la jambe - Douleurs très importantes, insomniantes → Eliminer une nécrose cutanée par vascularite : **bilan immunologique** (FAN, ANCA, cryoglobuline…) **négatif**. Intégrité des grands axes vasculaires veineux et artériels.
Vasculite	= Ulcère par vasculite ou atteinte vasculaire cutanéo-systémique : rare - **Poussée de vasculite** : **polyarthrite rhumatoïde, périartérite noueuse, granulomatose avec polyangéite, lupus érythémateux** (surtout associé à un SAPL ou un anticoagulant circulant) - **Vascularites cutanées :** vascularites leucocytoclasiques - **Embolies de cholestérol, cryoglobulinémie**

Cause	Ulcère veineux	Ulcère artériel	Angiodermite nécrotique
Généralités	Le plus fréquent = **80%** Souvent **post-thrombotique** (50%)	Présence d'une **artériopathie**	**Infarctus cutané** par atteinte artériolaire
Terrain	Insuffisance veineuse, atcds TVP Femme > 50 ans (SR 1,5), surpoids	FdRCV, sujet poly-artériel Homme > 50 ans	HTA, diabète
Historique	**Souvent ancien** et récidivant	Habituellement récent « à l'emporte-pièce »	Récent Traumatisme minime initial
Signes associés	**Peu algique** Œdème, lourdeur de jambe	**Algique** AOMI symptomatique	**Très algique**
Siège	**Unique**, **péri-malléolaire** jusqu'au **1/3 inférieur du mollet**	Variable, souvent **multiples** **Suspendu** ou **distal** (orteils)	**Suspendu**, à la **face antéro-externe de la jambe**
Douleur	Moyennement douloureux	Intense Intensité ↗ en décubitus	Constante, majeure, insomniante
Aspect	Peu creusant, rouge foncé, très exsudatif	Creusant, fond atone, pâle, sec, pouvant mettre à nu les structures sous-jacentes	Nécrotique, superficiel, noirâtre, d'extension rapide
Contours	Bords réguliers	Bords abrupts	Irréguliers, liseré cyanique
Taille	Souvent étendu, circonférentiel	Variable	Variable
Téguments péri-ulcéreux	Eczéma, atrophie blanche, dermite ocre, hypodermite, œdème (plus marqué si syndrome post-phlébitique)	Peau fine, atrophique, lisse, fragile, dépilée Pied froid	

	Examen vasculaire	Anomalies veineuses à l'écho-Doppler IPS normal (ou < 0,9 si ulcère mixte)	Pouls absents, ↘ IPS, anomalie à l'écho-Doppler artériel, ↘ PO_2 transcutanée ➝ **angiographie**	Pouls présents, IPS normal ou élevé, axe artériel et veineux normaux
	Evolution	Chronicité, récidive Complications	Bon pronostic si TTT précoce Complication sinon	**Cicatrisation constante** **Récidives fréquentes**
Cause non vasculaire	➝ A évoquer si : - Examen artériel et veineux normaux ou subnormaux - Absence de cicatrisation > **2-3 mois** de TTT - Evolution ulcérante rapide - Siège atypique - Anomalie du **fond** (bourgeonnement hypertrophique…), du **bord** ou de la **périphérie**			
	Infection	- Infections chroniques profondes pouvant se manifester par une ulcération chronique : **mycobactériose dont tuberculose, mycose profonde, parasitose tropicale (leishmaniose…)** **- Ecthyma (Strepto type SBGA) :** petite ulcération à périphérie érythémateuse succédant à une croûte noirâtre		
	Hémopathie	- Ulcération souvent superficielle et nécrotique : **syndrome myéloprolifératif, dysglobulinémie** - Ulcère chez le sujet jeune : **anémie hémolytique congénitale** (drépanocytose, thalassémie)		
	Carcinome	- Tumeur ulcérée - Ou cancérisation (carcinome épidermoïde) d'un ulcère chronique (ulcère de Marjolin) ➝ **Biopsie cutanée** de tout ulcère non guéri après plusieurs mois de traitement		
	Pyoderma gangrenosum	= Cause inflammatoire - Lésion élémentaire : pustule ➝ rapidement ulcération douloureuse superficielle avec clapiers purulents au centre, entourée d'un bourrelet périphérique caractéristique, à extension centrifuge - Associé dans 2/3 des cas à une pathologie : **cancer**, **hémopathie** (syndrome myéloprolifératif, myélodysplasie) ou **maladie inflammatoire chronique de l'intestin** (1/3 à 2/3 des cas)		
	Iatrogène	- Prise médicamenteuse au long cours : **hydroxy-urée, IFN γ** **- Ulcères fibreux rebelles,** cicatrisent lentement à l'arrêt (quelques semaines)		
	Neuro-trophique	**- Mal perforant plantaire** : complique une neuropathie des membres inférieurs évoluée - Plus fréquent chez l'homme, aux zones d'appui de la plante du pied : talon, tête des métatarsiens - Indolore, débute par une hyperkératose qui s'ulcère - **Causes** : **diabète**, neuropathie sensitive familiale (acropathies ulcéromutilantes, maladie de Thévenard) ou acquise (intoxication éthylique, lèpre), anomalies médullaires (trauma, spina bifida)		
	Pathomimie	- Diagnostic d'élimination : à évoquer si ulcères rebelles, d'aspect inhabituel, chez un sujet jeune		
D	- **Ulcération tumorale** : carcinome épidermoïde, carcinome basocellulaire, lymphome, plus rarement mélanome ulcéré - **Calciphylaxie** = **artériolopathie calcifiante** : nécrose cutanée localisée aux cuisses ou à l'abdomen chez l'IRC			
Evolution	**- Ulcère variqueux** : généralement favorable avec cicatrisation en **3-6 mois**, risque de récidive et passage à la chronicité - **Ulcère post-thrombotique** : de moins bon pronostic (trouble péri-ulcéreux important, perturbations hémodynamiques, traitement étiologique plus difficile) - **Ulcère artériel** : cicatrisation seulement si **revascularisation** possible (pontage, dilatation…) ➝ **Ulcère évolué** ou **après phénomène ischémique aigu sans possibilité de revascularisation** : décision d'**amputation** parfois nécessaire (importance de la douleur, risque septique (gangrène gazeuse) et de décompensation viscérale (rhabdomyolyse, hyperkaliémie…))			
Complication	**Dermatite de contact**	= Fréquente, principalement avec **baume du Pérou, antiseptique, fragrance, lanoline, parfums, conservateurs** et certains **pansements modernes** - **Erythème micro-vésiculeux prurigineux** : limité au début à la zone d'application du produit topique, possible diffusion à distance - Diagnostic : **tests épicutanés,** mais DD difficile avec dermatite de stase car souvent intriqués		
	Surinfection microbienne	- **Colonisation =** constante, non pathologique : aucun prélèvement ni antibiotique systématiques - Infection cutanée = **dermohypodermite bactérienne**, rarement **fasciite nécrosante** ou **gangrène gazeuse** (surtout dans les ulcères artériels) : ↗ douleur, inflammation des bords, lymphangite, fièvre - Prévention du tétanos : **SAT/VAT** systématique		
	Lésion ostéo-articulaire	- Modifications ostéoarticulaires fréquentes : **périostite**, puis **ostéo-périostite**, aboutissant à l'**ankylose de cheville** - Position antalgique à l'origine **d'attitudes vicieuses** (parfois très difficile à corriger)		
	Hémorragie	**= Ulcère veineux** (par **saignement d'une varice**) : spectaculaire mais généralement contrôlé par la simple **compression prolongée** et une **surélévation transitoire** du membre		
	Carcinome épidermoïde	= Rare et tardif mais non exceptionnel ➝ **biopsie cutanée** suffisamment profonde, parfois répétée si : - **Chronicité** de l'ulcère - **Hémorragie locale** - Apparition de **douleurs** - **Bourgeonnement excessif** de la plaie initiale		
TT	TTT sympto-matique	**- Antalgique local et systémique** adapté, notamment avant les soins **- Kinésithérapie** : lutte contre l'ankylose de cheville, les positions vicieuses, rééducation à la marche…		

TTT	Mesures associées	- **SAT/VAT** : 2/3 des cas de tétanos ont pour porte d'entrée un ulcère de jambe - Mesures hygiéno-diététiques : sevrage tabagique, prise en charge des FdRCV, activité physique - Recherche et correction d'une **dénutrition** (surtout en cas de retard à la cicatrisation) - Anticoagulation préventive par **HPBM** si besoin	
	TTT local	- Avant toute manipulation : **analgésie locale** ± **systémique** et nettoyage au savon	
		Détersion	- **Nettoyage à l'eau de ville** (eau stérile inutile), pas d'antiseptiques en l'absence d'infection - **Détersion mécanique** (bistouri, curette, ciseau) sous topique anesthésique, MEOPA, voire ALR (attention, jamais en phase aigüe d'une angiodermite nécrotique, et à éviter dans les ulcères artériels surtout si non revascularisé) - Facilitée par **hydrogels** et **alginates** si plaie sèche (laissé en place 48 à 72h en l'absence d'infection et selon le suintement)
		Bourgeonnement Réépithélisation	- **Pansement gras** (tulle gras vaseliné) sans substance sensibilisante - **Hydrocolloïde, hydrocellulaire, interface** (peuvent être laissés plusieurs jours, maintiennent un milieu humide, pH et oxygénation optimaux) - **Alginates de calcium** (hémostatiques), **hydrofibres :** si exsudation importante
		Greffe cutanée	= **Greffes en pastilles** ou **en filet** - Effet antalgique (angiodermites nécrotiques), accélère la cicatrisation - Indication : résistance au traitement > **6 mois** ou grande taille **> 10 cm²**
		En cas d'ulcère à caractère inflammatoire	= **Pansement à l'argent** si évocateur d'une forte colonisation bactérienne : - Plaie malodorante - Erythème péri-lésionnel - Exsudat abondant
	TTT étiologique	Veineux	- **Compression élastique par bande**, multicouches, toute la journée, à haut niveau de pression (**30-40 mmHg)** systématique si IPS entre 0,8 et 1,3**. Surveiller l'observance (adhésion de 50% à la compression)** **- Eveinage** dans les insuffisances veineuses superficielles sans obstruction ni reflux veineux profond axial**.** Sclérothérapie parfois utilisée en complément de la chirurgie mais pas d'études prouvant son efficacité dans le traitement des ulcères veineux. **- Greffes** en pastilles ou en filet si ulcères **résistants ≥ 6 mois ou de taille > 10 cm²** **- Physiothérapie :** rééducation, mobilisation de l'articulation tibiotarsienne → Vidange de la pompe veineuse du mollet et de la semelle plantaire **- Veinotoniques :** peut agir sur les symptômes, mais aucun effet hémodynamique pour sur la cicatrisation **- Crénothérapie : traitement d'appoint** **- Insuffisance veineuse profonde :** compression ++
		Mixte	- Prise en charge de l'AOMI - **IPS entre 0,7 et 0,9** : **adapter la compression** (pression < 30 mmHg) en utilisant des bandes à étirement court (compression non élastique), sous surveillance médicale - **IPS < 0,7** : compression contre-indiquée
		Artériel	- Prise en charge des FdRCV, **antiagrégants plaquettaires** - **Revascularisation** selon le bilan hémodynamique (**écho-Doppler, angioTDM-IRM, angiographie artérielle**) : seul moyen d'obtenir une cicatrisation en cas d'ischémie chronique. **Désobstruction (voie endovasculaire), pontage, sympathectomie** - **Vasodilatateurs** et analogues de la **prostacycline** (si non-indication ou contre-indication chirurgicale et ischémie grave)
		Angiodermite nécrotique	- **Antalgiques** (niveau 2 voire 3), **soins locaux** sous AL - Prise en charge de l'HTA et du diabète - **Greffe cutanée précoce** : aide à la cicatrisation, action antalgique
	TTT des complications	**-** Allergie cutanée (eczématisation) : **éviction** de l'allergène, **dermocorticoïdes** **-** Surinfection : **antibiothérapie** par voie générale et désinfection (pansement à l'argent max 4 sem) - Pas de traitement curatif de la dermite ocre mais la contention peut éviter l'aggravation	
	Prévention	De l'ulcère	- Prévention de la maladie post-thrombotique : traitement correct des thromboses, prévention dans les situations à risque - Traitement des varices à un stade non compliqué
		De la récidive	**- Chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle** si non faite - Port de **contention de classe 3** idéalement, ou de **classe 2** sinon